

医护一体化护理对直肠癌患者胃肠功能恢复情况及术后疼痛的影响分析

郑锐

(贵州中医药大学第一附属医院 550001)

摘要:目的:探究对直肠癌手术患者实施医护一体化护理干预的效果和对患者术后恢复的影响。方法:使用随机数字表分组法对本院肛肠科在2023年1月-2023年12月期间收治的50例直肠癌患者分成两组(两组各25例),其中参照组实施常规护理干预,观察组开展医护一体化护理,对比两组直肠癌患者的护理效果。结果:两组护理后,观察组的术后VAS评分、术后并发症发生率、SAS评分低于参照组($P < 0.05$),差异具有统计学意义;观察组的护理满意度评分高于参照组($P < 0.05$),差异具有统计学意义;而观察组的术后胃肠功能恢复时间短于参照组($P < 0.05$),差异具有统计学意义。结论:医护一体化护理模式用在直肠癌手术患者护理中的效果十分显著,能预防和减少术后并发症,加速术后胃肠功能的恢复速度,提高手术治疗的安全性和有效性,改善患者预后。
关键词:直肠癌;腹腔镜手术;医护一体化护理;胃肠功能恢复;术后疼痛评分

直肠癌主要是指原发在直肠黏膜上皮的恶性肿瘤,一般发生在4-岁以上的群体中。直肠癌的发生主要与遗传因素、饮食习惯、环境因素、化学致癌物质、消化道疾病、寄生虫感染等等导致的^[1]。临床中通常为早期直肠癌患者实施手术治疗,能起到十分明显的治疗效果,但术后由于各种因素的影响极易导致并发症的发生,影响患者术后康复进程^[2]。因此,在这一过程中配合相应的护理措施显得十分重要,是改善患者预后、加速患者术后康复进程的基础。本院针对收治的50例直肠癌患者展开了两种护理模式对比分析,分别使用常规护理、医护一体化护理,旨在探究医护一体化护理用在直肠癌手术患者护理中的效果。

1 资料与方法

1.1 临床资料

对本院肛肠科同一时间段内收治的50例直肠癌患者实施随机数字表分组法,其中25例参照组患者中男性15例,女性10例,年龄分布在50-80岁之间,均值(65.56 ± 3.29)岁;25例观察组患者中男性17例,女性8例,年龄分布在51-80岁之间,均值(65.57 ± 3.28)岁。

对两组直肠癌患者的资料进行统计学处理,结果显示无明显差异($P > 0.05$),差异无统计学意义;且可比性高。

纳入标准^[3]:1)手术病理学诊断和肠镜检查均符合“直肠癌”的诊断标准且所有患者均符合手术治疗指征;2)患者年龄均在18周岁以上且无沟通方面的障碍;3)资料完整且同意参与观察。

排除标准^[4]:1)手术前接受过放化疗治疗;2)合并其他恶性肿瘤或已全身转移、预计生存期在6个月以内患者;3)合并认知障碍、精神障碍或聋哑人。

1.2 方法

参照组实施常规护理干预,术前常规准备、术后对症护理、术前给予患者高蛋白、高热量、高维生素、易消化的少渣食品,必要的时候遵从医嘱,从静脉输入营养液,术后造口患者肛门排气,拔管之后可以用少许温

开水逐渐过渡到流质饮食、少渣半流质饮食、少渣普食。手术以后要多观察患者的身体情况,注意留意体温情况,观察患者排便情况。最后护士在患者手术以后要注意引流装置的防护、避免感染,尤其是引流袋要多更换。

观察组开展医护一体化护理:(1)构建医护一体化护理小组:在科室内成立一支专业的小组,小组成员包括患者的主治医生、责任护士、护士长、康复师、营养师等人,术前综合评估患者的实际情况并制定个性化的护理计划。定期组织护理小组成员参与“医护一体化护理”相关知识、实践技能的培训,强化护理小组的护理技能。由护士长结合患者围术期情况分配相应的护理任务,将责任落在个人头上,提高护理小组的护理能力和综合素质。(2)术前护理:术前由主治医生开具相应的术前检查,由责任护士陪同患者一起检查,联合营养师、康复师分析患者身体素质和实际情况,综合评估患者实际情况后建立风险评估机制,密切监测高危患者围术期的情况。通过座谈会、讲座、发放问卷调查量表、一对一问答等方式提高患者对自身疾病、手术、术后恢复相关情况的认知和了解。还应在评估患者心理状态后开展一对一心理安慰、鼓励支持、介绍成功治愈案例、转移注意力疗法、家属陪伴支持等方式减轻患者心理压力,提高患者围术期护理的配合度。(3)术后护理:应密切观察患者生命体征的变化,伤口敷料的渗血、渗液及引流液的情况;观察切口愈合情况、观察患者排便的性状、次数及腹部有无不适,有无腹泻、便秘、肠梗阻。直肠癌术后平卧6小时,如无禁忌改半卧位,争取早期离床活动,可促进肠蠕动功能恢复,防治肠粘连。术后禁食2-3天,禁食期间,胃肠减压,静脉补液,应用抗生素。手术后由营养师结合患者术后实际情况制定饮食护理计划:待肠蠕动功能恢复,肛门排气后,停止胃肠减压,进少量流食,如无腹胀可进半流食,1周左右可进软食,2周后可进少渣普食。术后,由责任护士观察和记录骶前引流管内引流液的性质、量、颜色,2到3日后,如引流液每日少于10ml,为非血性液体,可考虑拔管。

术后导尿管留置时间为 1~2 周，留置期间预防泌尿系感染，拔除尿管前，须夹闭尿管，锻炼膀胱的收缩功能。

1.3 观察指标

比较两组直肠癌患者护理后的术后 VAS 评分（视觉模拟评分法）、术后并发症发生率、SAS 评分（焦虑自评量表）、护理满意度评分、术后胃肠功能恢复时间等差异。

1.4 统计学分析

采用 spss21.0 软件进行处理，计量资料，采用均数标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，计数资料，采用 χ^2 表示，P 小

表 1：两组的术后 VAS 评分、SAS 评分、护理满意度评分、术后胃肠功能恢复时间

组别	术后 VAS 评分（分）	SAS 评分（分）	护理满意度评分（分）	胃肠功能恢复时间（h）
参照组（25）	3.65 ± 0.52	51.12 ± 3.69	87.11 ± 4.15	15.24 ± 2.16
观察组（25）	2.95 ± 0.32	45.10 ± 2.55	93.36 ± 3.89	10.20 ± 1.38
t 值	5.732	6.711	5.494	9.832
P 值	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001

2.2 参照组、观察组的术后并发症发生率

两组护理后，观察组直肠癌患者的术后并发症发生率低于参照组直肠癌患者（ $P < 0.05$ ），差异具有统计学意义；见表 2：

表 1：两组直肠癌手术患者干预后的术后并发症发生率（n/%）

组别	泌尿感 染（n）	吻合口 瘘（n）	恶心呕吐 （n）	尿潴留 （n）	并发症发生 率
参照组 （25）	2（8.00）	2（8.00）	3（12.00）	1（4.00）	8（32.00）
观察组 （25）	1（4.00）	0（0.00）	1（4.00）	0（0.00）	2（8.00）
χ^2 值	-	-	-	-	4.500
P 值	-	-	-	-	0.034

3 讨论

临床研究显示^[5]，随着人们生活习惯的变化，当前临床中直肠癌的发生率越来越高，对患者身体、生活、心理层面的影响十分严重。多数直肠癌患者早期无明显症状，部分患者在病灶进展影响排便或癌肿块破溃出血时才会出现排便习惯的变化、时常有便意、排便前肛门下坠、里急后重、下腹部疼痛等等症状，严重影响患者身体健康、威胁患者生命安全^[6]。所以，临床中通常为直肠癌患者实施手术治疗，能取得明显手术效果，挽救患者生命安全。但在手术治疗过程中由于各种因素的影响极易导致一系列并发症发生，影响患者术后康复。所以，在这一过程中配合相应的护理措施显得尤为重要。医护一体化护理是一种新型的护理服务模式，打破了传统医疗体系中护理服务模式中护患和医患两条平行线的格局，并构建了患者、医生、护理人员三位一体的全新工作格局^[7]，通过引导医护人员根据自身专业技能成立医护小组，再由医护小组协同参与到患者疾病的诊断、治疗、查房以及优质护理路径制定等工作中^[8]。本研究结果显示，与参照

于 0.05 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 两组护理后的术后 VAS 评分、SAS 评分、护理满意度评分、术后胃肠功能恢复时间

两组直肠癌患者护理后，观察组的术后 VAS 评分、SAS 评分低于参照组（ $P < 0.05$ ），而观察组患者的护理满意度评分高于参照组（ $P < 0.05$ ），观察组的术后胃肠功能恢复时间短于参照组（ $P < 0.05$ ），差异具有统计学意义；见表 1：

组对比，观察组的术后 VAS 评分、术后并发症发生率、SAS 评分更低、护理满意度评分更高、而术后胃肠功能恢复时间更短，很好的说明了医护一体化护理能改善患者身心状态，预防和减少术后并发症发生，加速患者术后胃肠功能的康复。

综上所述，医护一体化护理用在直肠癌手术患者中的效果十分显著。

参考文献：

- [1]贺婷,左莹,钟玉超.时机理论下医护一体化延续性护理对结直肠癌术后造口患者康复效果的影响[J].检验医学与临床,2023,20(18):2767-2772.
- [2]厉琼,温小霞,王芳等.Snyder 希望理论结合医护一体化精细化护理对结直肠癌术后患者的影响[J].数理医药学杂志,2023,36(05):363-369.
- [3]庄丽红,谢巧珍,李梅君.医护一体化 ERAS 护理模式对结直肠癌根治术患者胃肠功能恢复和睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2022,9(11):2192-2194.
- [4]赵静茹.医护一体化加速康复外科理念对超低位直肠癌患者术后康复及视觉模拟评分法评分的影响分析[J].黑龙江医学,2022,46(02):197-199.
- [5]吴哲,李婷,金小霞.基于 FTS 理念的医护一体化护理干预在结直肠癌患者围术期中的应用研究[J].保健医学研究与实践,2022,19(01):118-122.
- [6]吕春丽.结直肠癌根治术患者应用医护一体化 FTS 护理模式对促进胃肠功能恢复的重要性[J].黑龙江中医药,2021,50(05):327-328.
- [7]周静,范勤琴.医护一体化护理干预对直肠癌患者胃肠功能恢复情况及术后疼痛的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2020,27(04):490-492.
- [8]刘丽.医护一体化 FTS 护理对结直肠癌手术患者胃肠功能及并发症的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(22):4165-4167.